



**PLAN DE ATENCIÓN**  
**PLAN OF CARE**

Plan inicial   
  Básico   
  Plan anual   
  Basic Plus   
  Esencial   
  Protección comunitaria

**SECCIÓN UNO – DATOS PERSONALES**

<p>It is very important to verify that all information in this section is current and correct.</p> <p>If any of the information has changed, be sure to enter the correct information into the CCDB immediately!</p> <p>Make sure to identify a contact in case of natural disaster or service-related emergency.</p>	NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO		
	DOMICILIO				
	NÚMERO DE TELÉFONO		NÚMERO DE CSO		NÚMERO DE DDD
	PAREJA		PARENTESCO		NÚMERO DE TELÉFONO
	<input type="checkbox"/> Padre/Madre/Familiar <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Defensor		<input type="checkbox"/> Otro: (Describe)		
	PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA		PARENTESCO		NÚMERO DE TELÉFONO
	ADMINISTRADOR DEL CASO			NÚMERO DE TELÉFONO	
	FECHA PARA LA PLANIFICACIÓN DE REUNIONES			<b>FECHA EFECTIVA DEL PLAN</b>	

<p>Every effort must be made to include the people in the plan development process that the waiver participant would like.</p>	Asistieron a la reunión:			
	NOMBRE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE DE LA EXENCIÓN	NOMBRE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE DE LA EXENCIÓN

<p>Note everyone who attended the meeting and/or contributed to the plan. All adult participants <b>MUST</b> attend the meeting.</p>	Contribuyeron al plan pero no asistieron a la reunión:			
	NOMBRE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE DE LA EXENCIÓN	NOMBRE	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE DE LA EXENCIÓN

**A Support Needs Assessment must be completed and ICF/MR eligibility confirmed prior to completing the**

A complete waiver plan for participants with personal care services will be a combination of this POC and the CARE instrument. If any information in this plan is already documented on the CARE instrument, write, "CARE" on the line or across the section. If some information is found on the CARE instrument but you need to add more here write "CARE" plus . . ." and then write in the additional information.

NOMBRE:

NÚMERO DE DDD:

Please provide a brief description of the waiver participant and their current situation.

The idea is, (in a very brief way), to have a sense of this person, what their life looks like, what's going on in the life, highlights and major issues. etc.

"Sinopsis" Personal

**SECCIÓN DOS – INFORMACIÓN DE SALUD**

**Remember!  
Get the dates.**

Every effort must be made to get the actual date, but if the person/ family cannot provide the exact date you must at least indicate the month.

Because routine dental and medical visits are so important to staying in the best of health, be sure there is a discussion explaining the reasons/benefits.

Offer assistance to connect with a doctor or dentist if needed.

**Medical**

**Doctor de cabecera**

Nuevas inquietudes:

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

Estado de las condiciones de salud continuas:

Si, después de hablar sobre la importancia de los exámenes físicos anuales, la persona/ familia/tutor rehúsa un examen físico, solicíteles que coloquen sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_

**Dental**

**Dentista**

Estado de las condiciones continuas:

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen dental: \_\_\_\_\_

Si, después de hablar, la persona/familia/tutor opta por atenderse con el dentista sólo una vez al año, solicíteles que coloquen sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_

Si, después de hablar sobre la importancia de ver al dentista anualmente, la persona/familia/tutor rehúsa atenderse con un dentista, solicíteles que coloquen sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_

**Otros servicios a la salud  
(Doctores adicionales, control de la conducta, terapia ocupacional (OT), terapia física (FT), etc.)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

Estado de las condiciones continuas:

Estado de las condiciones continuas:

Other health services can include any sort of medical providers or therapist.

NOMBRE:

NÚMERO DE DDD:

This is very important information and an opportunity to make sure that proper medication management is happening for this person. You may attach available listing of medications, dosage, etc.

**Administración de medicamentos:**

Mencione los medicamentos que está tomando y para qué los toma:

¿Quién los receta y cuán a menudo son evaluados?

¿Necesita algún tipo de ayuda para tomar los medicamentos? Por favor describa:

¿Tiene alguna inquietud con respecto a sus medicamentos?

**SECCIÓN TRES – ASISTENCIA Y RECURSOS ACTUALES**

La información en la Sección Tres es útil para entender mejor la asistencia y los recursos de una persona, a medida que usted implementa un plan que satisfaga las necesidades de salud y bienestar de la misma.

**Current Living Situation:** Identify what type of residential setting such as parent home, own home, AFH, etc.

Own home = person pays rent and it's not the family home.

Note who else lives with the person and their relationship.

Note any residential supports provided.

SITUACIÓN DE VIVIENDA ACTUAL

OTROS SERVICIOS UTILIZADOS (QUE NO SON FINANCIADOS POR DDD) (DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL (DVR), SALUD MENTAL (MH), ABUSO DE SUSTANCIAS, SERVICIOS ESCOLARES, ETC.)

PROVEEDOR DEL PROGRAMA DIURNO

TIPO DE PROGRAMA DIURNO

MEDICARE

OTRO SEGURO MÉDICO (ESPECIFIQUE)

**Beneficios e ingresos mensuales**

Alimentos básicos \$ \_\_\_\_\_

Asistencia de alquiler bajo la Sección 8 \$ \_\_\_\_\_

Total mensual \$ \_\_\_\_\_

Pago Suplemental del Estado (SSP) \$ \_\_\_\_\_

Salarios \$ \_\_\_\_\_

Otras fuentes de ingreso \$ \_\_\_\_\_

Administración del Seguro Social/Ingreso por Impedimento del Seguro Social (SSA/SSDI)/ Hijo Adulto Discapacitado (DAC) \$ \_\_\_\_\_

Ingreso Suplemental de Seguro (SSI) \$ \_\_\_\_\_

Total mensual \$ \_\_\_\_\_

Estos montos se basan en el informe del cliente al momento de la reunión de planificación.

**SECCIÓN CUATRO – DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD Y BIENESTAR**

**Revisión del plan actual**

¿Qué servicios y asistencias están satisfaciendo las necesidades del individuo? ¿Deberían continuar?  
¿Se necesitan cambios?

If this is an initial plan this section does not have to be completed.

If this is an annual review, facilitate a discussion looking at how the current plan is working, what is working well and should continue, changes that need to be made and any new issues to be addressed.

The waiver participant, their family/legal representative and any current providers need to be asked these questions.

¿Qué servicios y asistencias no están satisfaciendo adecuadamente las necesidades del individuo, requiriendo algún tipo de cambio?

¿Existen nuevas necesidades que deben tratarse?

¿Existe algún problema con respecto a encontrar o conservar a un proveedor?

Si el individuo tiene otros planes de servicios, IEP, Plan 504, IFSP, División de Rehabilitación Vocacional (DVR), etc., revise e incluya cualquier información de necesidad adicional que haya sido identificada.

NOMBRE:

NÚMERO DE DDD:

It is vital to find out what the person and/or their family/guardian, feel is needed to meet the waiver participant's health and welfare needs.

This box should contain only items in addition to those already identified above.

Cualquier otra preocupación de salud y bienestar que hayan sido identificados por la persona/familia/tutor y no hayan sido citados hasta ahora.

**PARE**



El equipo debe discutir todas las necesidades identificadas y acordar cuáles son necesarias para garantizar la salud y bienestar del participante de la exención. Éstas deben ser tratadas por este plan. Si existen necesidades de salud y bienestar sin satisfacer que no serán tratadas por este plan, documente el motivo más abajo.

Luego, discuta los servicios y asistencias que pudieran satisfacer las necesidades acordadas. Esta discusión deberá incluir ideas sobre asistencia sin remuneración como también paga; indique los servicios del plan como también los servicios de exención. A todos los participantes de la exención se les DEBERÁN ofrecer opciones de proveedores de exención calificados. Si una persona tiene un proveedor actual con el cual no estuviera satisfecho, el problema deberá ser tratado y acordar un plan de acción con el cual todos estén satisfechos.

**Una vez que el equipo considere que tiene una buena idea de cómo satisfacer mejor las necesidades acordadas, prosiga a documentar los pasos necesarios para establecer el plan.**

Explicación de cualquier necesidad de salud o bienestar que no será tratada en este plan:

NOMBRE:

NÚMERO DE DDD:

**SECCIÓN CINCO – PLAN PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE SALUD Y BIENESTAR ACORDADAS**

Número de la evaluación de necesidades \_\_\_\_\_

¿Qué pasos se deben tomar y/o qué servicios/asistencia deben proporcionarse para satisfacer este objetivo?	¿Proveedor/ Persona Responsable?	Marque si la exención pagó por el servicio	¿Frecuencia? Diaria/Semanal/ Mensual Cantidad: Hrs/Días/Meses	Si es nuevo, ¿cuál es la fecha de inicio?	Aprobación anterior recibida, si es necesario

Número de la evaluación de necesidades \_\_\_\_\_

¿Qué pasos se deben tomar y/o qué servicios/asistencia deben proporcionarse para satisfacer este objetivo?	¿Proveedor/ Persona Responsable?	Marque si la exención pagó por el servicio	¿Frecuencia? Diaria/Semanal/ Mensual Cantidad: Hrs/Días/Meses	Si es nuevo, ¿cuál es la fecha de inicio?	Aprobación anterior recibida, si es necesario

Número de la evaluación de necesidades \_\_\_\_\_

¿Qué pasos se deben tomar y/o qué servicios/asistencia deben proporcionarse para satisfacer este objetivo?	¿Proveedor/ Persona Responsable?	Marque si la exención pagó por el servicio	¿Frecuencia? Diaria/Semanal/ Mensual Cantidad: Hrs/Días/Meses	Si es nuevo, ¿cuál es la fecha de inicio?	Aprobación anterior recibida, si es necesario

NOMBRE:

NÚMERO DE DDD:

Número de la evaluación de necesidades \_\_\_\_\_

¿Qué pasos se deben tomar y/o qué servicios/asistencia deben proporcionarse para satisfacer este objetivo?	¿Proveedor/ Persona Responsable?	Marque si la exención pagó por el servicio	¿Frecuencia? Diaria/Semanal/ Mensual Cantidad: Hrs/Días/Meses	Si es nuevo, ¿cuál es la fecha de inicio?	Aprobación anterior recibida, si es necesario

Número de la evaluación de necesidades \_\_\_\_\_

¿Qué pasos se deben tomar y/o qué servicios/asistencia deben proporcionarse para satisfacer este objetivo?	¿Proveedor/ Persona Responsable?	Marque si la exención pagó por el servicio	¿Frecuencia? Diaria/Semanal/ Mensual Cantidad: Hrs/Días/Meses	Si es nuevo, ¿cuál es la fecha de inicio?	Aprobación anterior recibida, si es necesario

Número de la evaluación de necesidades \_\_\_\_\_

¿Qué pasos se deben tomar y/o qué servicios/asistencia deben proporcionarse para satisfacer este objetivo?	¿Proveedor/ Persona Responsable?	Marque si la exención pagó por el servicio	¿Frecuencia? Diaria/Semanal/ Mensual Cantidad: Hrs/Días/Meses	Si es nuevo, ¿cuál es la fecha de inicio?	Aprobación anterior recibida, si es necesario

NOMBRE:

NÚMERO DE DDD:

**SECCIÓN SEIS – CONCLUSIÓN Y FIRMAS**

**Revisión del plan**

Review/monitoring activities must be documented in the Service Episode Record (SER)

Una vez que se haya completado el plan para satisfacer las necesidades de salud y bienestar, se deberá tomar una decisión con respecto a la frecuencia requerida para supervisar el plan. Esta decisión deberá tomarse basándose en la complejidad del plan y la debilidad de la persona o su asistencia. Marque la casilla correspondiente:

Este plan será revisado:  Mensualmente  Trimestralmente  Semestralmente  Anualmente

It is very important to have a discussion about the items, before asking the person to check them.

NOTE: Individuals must be given their appeal rights in writing every time there is a change in their plan.

Sírvase marcar los casilleros abajo para indicar que tuvieron lugar. El plan no terminará hasta que el cliente /representante legal haya marcado todas las casillas. C = Cliente, L = Representante legal.

- | <b>C</b>                 | <b>L</b>                 |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He recibido información en cuanto a los servicios y proveedores de exención que necesitaba para completar el plan.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuve la opción de proveedores calificados para satisfacer mis necesidades de salud y bienestar.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si no estaba conforme con algún proveedor, pude planear satisfacer mis necesidades de otra manera.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mis necesidades de salud y bienestar se están satisfaciendo en la actualidad o se está estableciendo un plan adecuado para satisfacerlas oportunamente.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cualquier problema o preocupación que comuniqué relacionados con este plan de atención han sido tratados/se están tratando.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He sido tratado con respecto por mis proveedores.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sé que puedo solicitar una revisión de este plan en cualquier momento.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se me ha explicado que tengo derecho a apelar las decisiones tomadas por la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo. También se me han explicado los procedimientos para solicitar una apelación. |

Signatures and dates are required for plan implementation.

As per WAC 388-845-3020 consent is assumed after 30 days unless otherwise indicated by the waiver participant/legal representative.

Make sure the choice regarding agreement is indicated.

The CRM is the last one to sign. **This becomes the plan effective date. Please go to the front page of the plan and record that date.**

He participado en el desarrollo o he revisado este plan de atención individual y **ESTOY DE ACUERDO** con los servicios y asistencia descritos.

Participante de la exención: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Administrador de caso /recursos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

He participado en el desarrollo o he revisado este plan de atención individual y **NO ESTOY DE ACUERDO** con los servicios y asistencia descritos. Se me han entregado mis derechos de apelación. Entiendo que si no firmo el plan y no solicito una apelación dentro de 28 días, se asumirá el consentimiento y el plan se implementará según lo consignado.

Participante de la exención: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES  
**ENCUESTA SOBRE LA REUNIÓN  
DEL PLAN DE ATENCIÓN**  
PLAN OF CARE MEETING SURVEY

TO BE COMPLETED BY DDD STAFF		
POC MEETING DATE		
WAIVER:		
<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Core	<input type="checkbox"/> Basic Plus
<input type="checkbox"/> Community Protection		

Esta encuesta es voluntaria y confidencial. Sus servicios no se verán afectados por su opción de participar o no en esta encuesta. Ésta nos ayudará a mejorar el proceso del Plan de Atención.

¿Cuál es su parentesco con la persona que recibe los servicios?

Yo soy la persona que recibe los servicios.       Familiar/tutor       Personal pago       Amigo/Defensor

**ENCUESTA**

NO.	PREGUNTA	(1) SÍ	(2) NO ESTOY SEGURO	(3) NO
1.	Durante el proceso del plan de atención, ¿lo trató con respeto y cortesía el Administrador del Caso?			
2.	¿Le preguntó el Administrador del Caso si tenía alguna preocupación con respecto a sus servicios actuales?			
3.	¿Se discutieron sus preocupaciones y se incluyeron en el proceso de planificación?			
4.	¿Ayudó con la creación de su nuevo Plan de Atención?			
5.	¿Recibió información sobre qué servicios están disponibles en su exención para satisfacer sus necesidades evaluadas?			
6.	¿Se le dieron las opciones de servicios que están disponibles en su exención para satisfacer sus necesidades evaluadas?			
7.	¿Se le dieron las opciones de proveedores de servicios?			
8.	¿Hizo los planes necesarios para satisfacer sus necesidades y metas para los servicios de la exención y otros?			
9.	¿Se discutieron sus necesidades de salud y seguridad?			
10.	¿Se hicieron los planes para satisfacer sus necesidades de salud y seguridad?			
11.	¿Hizo planes para casos de emergencia, tales como un terremoto o si su proveedor no estuviera disponible?			
12.	¿Recibió información sobre qué hacer si sus necesidades cambiaran antes de la próxima reunión de planificación anual?			
13.	¿Recibió información sobre cómo presentar una queja o cómo solicitar una audiencia imparcial?			
14.	Sírvese utilizar el siguiente espacio para comentarios adicionales; o para dar sugerencias sobre cómo mejorar el proceso del Plan de Atención.			

DSHS 15-272 SP (REV. 01/2005)

**Remita esta encuesta utilizando el sobre adjunto con dirección y franqueo pagado o envíela por correo a:**

Department of Social and Health Services  
Division of Developmental Disabilities (DDD)  
Attention: Quality Assurance  
PO Box 45310  
Olympia WA 98504-5310